LE

PROLAPSUS DU RECTUM

CHEZ LES ENFANTS

ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Juin 1899

PAR

Léon ARTAUD

Né à Saint-Pierre (Martinique), le 8 Septembre 1851

PHARMACIEN

ANCIEN DIRECTEUR DE LA SANTÉ A LA MARTINIQUE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON . . . . . DOYEN
HAMELIN (✻) . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène	MM.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale		GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.		GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✻).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		N...
Id.		Bosc (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).
Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM.	VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		DE ROUVILLE, agr.
Pathologie générale		RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. ESTOR, *président.*	MM. RAUZIER, *agrégé.*
FORGUE, *professeur.*	DE ROUVILLE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PHARMACIEN DE Ire CLASSE DE L'ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

ARTAUD.

A MONSIEUR M. BLANC

PASTEUR ÉVANGÉLIQUE

DE L'ÉGLISE RÉFORMÉE DE FRANCE

A MES AMIS

ARTAUD.

Depuis près de deux ans et demi, nous avons suivi assidûment la clinique chirurgicale des enfants. Nous avons eu le plaisir d'assister au transfèrement des cliniques des enfants de l'ancien hôpital général au nouvel et coquet bâtiment qui a été construit, exprès pour eux, à côté du majestueux hôpital suburbain.

Si nous avons été quelquefois obligé de nous absenter momentanément, ce n'était qu'à regret que nous nous éloignions de ce foyer d'enseignement si lumineux qu'entretenait la science chirurgicale de M. le professeur Estor.

A propos de cas qui eussent pu paraître insignifiants à des esprits superficiels, il trouvait souvent l'occasion d'entraîner les élèves dans des considérations de haute portée et de développer en nous le sens du diagnostic si nécessaire, surtout en pathologie infantile.

C'est sur ses conseils que nous entreprenons l'étude du prolapsus du rectum chez les enfants. Nous ne nous dissimulons pas que la tâche est aride et qu'il nous sera difficile de trouver des points de vue nouveaux.

Pour nous récompenser de notre assiduité, M. le professeur Estor a bien voulu nous faire l'honneur de présider la soutenance de notre thèse ; qu'il reçoive ici l'expression de

notre profonde gratitude pour cette marque de bienveillance qui couronne toutes les autres.

Nous avons toujours trouvé chez les Maîtres de cette Faculté l'encouragement le plus bienveillant et si nous voulions nous adresser à chacun en particulier, il faudrait les citer tous. Nous les réunissons donc dans notre sentiment de reconnaissance et qu'ils soient bien persuadés que, de loin comme de près, leur souvenir sera toujours vivant en nous.

Des bienfaiteurs, qui ont désiré rester inconnus, se sont aussi intéressés à nous ; ils se sont dérobés à notre reconnaissance, ne voulant que la satisfaction de leur conscience ; qu'ils en jouissent donc dans le secret de leur noble fierté, Dieu seul peut récompenser tant de grandeur d'âme et de modestie.

Comme nous l'avons déjà fait pressentir, il est très difficile de dire quelque chose de neuf sur le prolapsus du rectum. La lecture de la bibliographie, qui couvrirait plusieurs pages de notre travail, si nous voulions la publier complète, donne une idée de la masse de documents accumulés au sujet de cette affection.

Pourtant, dans les observations que nous possédons, quelques points nous ont semblé dignes d'attirer l'attention. L'étude de l'étiologie, de la pathogénie, du sillon, de l'invagination sera l'objet de certains développements.

Nous nous attacherons à la discussion du traitement et surtout de l'intervention chirurgicale dans la thérapeutique d'une affection qui souvent guérit toute seule.

Nous présentons notre modeste travail à l'appréciation de nos juges, persuadé qu'ils nous pardonneront notre infériorité en faveur de la bonne intention que nous avons eue d'élucider et de fixer quelques points encore en controverse dans la pathogénie de la chute du rectum ; leurs suffrages nous diront si nous avons réussi.

CLINIQUE CHIRURGICALE DES ENFANTS

LE

PROLAPSUS DU RECTUM

CHEZ LES ENFANTS

ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT

DÉFINITION

Pour définir la maladie qui nous occupe, nous nous contenterons de la définition du professeur Gosselin : « Il y a prolapsus du rectum lorsqu'il y a issue, par l'anus, d'une portion plus ou moins considérable de *cet* intestin. »

Nous n'avons fait que modifier légèrement la dernière partie de la phrase.

EXAMEN DU MALADE

On peut examiner le prolapsus du rectum, soit en faisant coucher l'enfant sur le côté, la jambe de dessus rejetée en avant, la cuisse fléchie sur le bassin ; soit en le plaçant dans la position de la taille.

On voit alors, à la place de l'anus, une tumeur saillante ayant la forme d'un tronc de cône à base anale, c'est la forme qu'affecte le plus souvent le prolapsus muqueux ; ou d'un cylindre plus ou moins allongé, quelquefois renflé en son milieu ; d'autres fois, c'est une tumeur globuleuse ou ovoïde.

Sa couleur peut être rouge clair, rouge foncé ou lie de vin, selon l'âge du prolapsus ou le degré de constriction qu'il a subie. Quelquefois, elle présente des érosions ou des plaques de sphacèle superficiel, des ecchymoses tranchant par leur couleur plus foncée ou même des ulcérations. Toutes ces marques peuvent indiquer l'ancienneté de l'affection, si l'on n'a pas d'autres renseignements à sa disposition.

Au centre, on aperçoit l'orifice intestinal plus ou moins déformé, généralement non franchement circulaire, mais à direction antéro-postérieure ou transversale. Cette dernière forme rappelle absolument le museau de tanche du col utérin.

Entre la tumeur et la marge de l'anus se voit, le plus souvent, un sillon dans lequel la sonde cannelée s'enfonce d'un ou deux centimètres. La présence de ce sillon a une grande importance, d'après certains auteurs. Nous en faisons plus loin une étude spéciale dans un chapitre où nous discuterons en même temps la question de l'invagination.

De l'orifice, on voit s'échapper des bulles de gaz, du mucus ou des matières fécales.

Généralement, quand le prolapsus ne date pas de longtemps, la réduction s'exécute facilement ; souvent aussi, les efforts sont vains à cause de l'indocilité de l'enfant ou des réflexes qui, se produisant à ce moment, le poussent à forcer.

Cette dernière description s'applique surtout au prolapsus total ; il y a quelque différence quand c'est la muqueuse seule qui fait hernie. Pour lever tous les doutes, le doigt indicateur, introduit dans l'orifice et mis en opposition avec le pouce placé à l'extérieur, perçoit ou le glissement des deux feuillets de la muqueuse ou l'épaisseur beaucoup plus forte de la totalité de l'intestin. En outre, on sent très bien que ce que l'on a sous la main est un tissu fibro-musculaire bien différent du tissu muqueux.

FRÉQUENCE. — STATISTIQUE

Un désaccord complet règne entre les auteurs au sujet de la rareté ou de la fréquence plus ou moins grande de cette affection : le seul point sur lequel ils s'accordent, c'est qu'elle est plus fréquente chez l'enfant et le vieillard que chez l'adulte.

Ainsi Guersant dit : « On rencontre la chute du rectum chez les enfants autant et même plus souvent que chez les vieillards » ; mais, faisant une réserve trop absolue, il ajoute : « cette maladie caractérisée par la procidence de la muqueuse rectale ne doit pas être confondue avec l'invagination ». Nous y reviendrons dans un chapitre spécial, car il règne une grande confusion au sujet de la valeur de ce terme dans tous les ouvrages que nous avons consultés et il serait bon de s'entendre une fois pour toutes.

Le prolapsus du rectum est commun, c'est entendu, mais nous voudrions savoir le rapport entre la fréquence du prolapsus et l'intervention chirurgicale — car c'est en définitive le critérium. — Que les enfants présentent des

sorties plus ou moins fréquentes du rectum, cela ne veut rien dire ; ce n'est que quand la tumeur est devenue irréductible, qu'elle menace de se sphacéler, qu'il faut recourir à l'opération chirurgicale. Cette statistique manque, il nous faut donc nous contenter de la nôtre. Du 5 novembre 1896 au mois d'avril 1899, il est passé dans le service chirurgical des enfants, soit à l'hôpital général, soit dans le nouvel hôpital, 302 enfants porteurs d'affections diverses, dont les tuberculoses chirurgicales forment la plus grosse part, soit dit en passant.

Sur ce nombre, deux cas seulement de prolapsus ont réclamé l'intervention chirurgicale, ce sont les observations I et II. Renseignements pris à la clinique médicale, le nombre total des enfants qui ont présenté cette affection est de 5, cela concorde bien avec nos souvenirs personnels. Nous acceptons donc notre chiffre de deux, et en faisant la proportion avec le chiffre des entrées dans notre service pendant deux ans et demi, nous arrivons au quotient de 1,65 %.

D'autre part, Duchaussoy dit avoir constaté 13 cas de chute du rectum pendant l'année 1852 à l'Hôpital des Enfants. En se faisant une idée de la masse d'enfants qui ont dû passer dans l'hôpital pendant cette année, dans une ville comme Paris, on ne peut trouver ce chiffre exagéré.

Souvent la nature se charge d'empêcher l'affection de s'invétérer ; la maladie (constipation, diarrhée, bronchite aiguë, toux coqueluchoïde) ayant disparu, le prolapsus ne se reproduit plus, et les enfants ne sont pas amenés au chirurgien.

PATHOGÉNIE

La dernière portion du gros intestin ainsi que l'orifice anal enflammés par une cause infectieuse acquièrent une laxité anormale et alors il suffit de la moindre cause occasionnelle : efforts de défécation, toux quinteuse ou coqueluchoïde, pour faire glisser la muqueuse sur la fibro-musculeuse sous-jacente, qui peut être moins atteinte par l'infection. Mais par propagation, celle-ci s'enflamme à son tour, est attirée par la tunique muqueuse et le tout va passer par l'anus qui se laisse distendre facilement.

L'ingénieuse comparaison de Gosselin, reproduite par Broca, est très suggestive. Il compare l'intestin dans cet état à un vieux paletot, où la doublure avachie dépasse la manche. Mais, supposez cette doublure encore assez forte pour continuer à être attirée en bas, sans se déchirer, qu'arrivera-t-il ? c'est qu'elle entraînera à son tour l'étoffe extérieure qui se retournera sur elle-même. Ainsi se trouvera constitué le prolapsus total.

ETIOLOGIE

Dans tous les classiques, on donne comme étiologie du prolapsus du rectum chez les enfants, les efforts de toux, la défécation dans la constipation, le défaut de courbure du sacrum, qui fait que l'intestin est comme suspendu au milieu du bassin.

Mais tous les enfants sont conformés de la même manière ; presque tous, ils ont la mauvaise habitude de *couver* le vase de nuit, soit par distraction, soit que les parents les obligent à y rester jusqu'à ce qu'ils aient prouvé la liberté de leur ventre. Presque tous les enfants sont sujets à la constipation ; d'où vient donc que le prolapsus du rectum est relativement rare ?

Nous ne voulons pas dire que les efforts de toux ou de défécation ne puissent être la cause occasionnelle, actuelle de l'affection, mais la cause première déterminante c'est l'infection—qu'elle soit le produit de la rétention de matières qui fermentent dans l'intestin dans le cas de constipation, ou de la diarrhée qui amène et entretient à la terminaison du gros intestin les agents infectieux.

S'il fallait remonter alors plus haut et chercher la cause prédisposante, nous dirions avec l'ancienne doctrine que l'enfant est en possession d'une diathèse produisant les prolapsus en général et celui de l'anus en particulier. En effet, nous avons eu dans le service une petite fille qui, à la suite d'une vulvite, a eu un prolapsus de la muqueuse uréthrale et, dans ses antécédents, nous trouvons relaté le prolapsus du rectum.

Dans l'état actuel de la science, nous dirons donc qu'il y a des enfants qui présentent une prédisposition particulière à la formation de cette tumeur.

L'observation de cette enfant, que nous avons toujours devant les yeux, est encore une preuve de ce que nous disions plus haut, à savoir que l'infection est, par-dessus tout, et constamment le grand facteur.

Celui qui, à notre avis, a le plus approché de la vraie cause de cette affection, c'est Duchaussoy, Après avoir articulé les deux raisons de la constipation et de la diarrhée, il ajoute : « Cette manière d'interpréter l'étiologie

» permet de conclure que les deux causes ci-dessus énon-
» cées ne produisent la chute du rectum qu'après avoir
» déterminé *l'atonie d'une portion de l'appareil muscu-*
» *laire* de la défécation ; la diarrhée ou la constipation
» ont bien fait naître, il est vrai, une *altération préalable*
» de la muqueuse capable de permettre son renversement »
si la doctrine microbienne avait eu cours du temps où il écrivait, il aurait ajouté : cette altération est due à l'infection.

En effet, pourquoi, puisque maintenant nous savons que les produits toxiques microbiens exercent leur action à assez longue distance de leurs foyers, ne pas admettre que cette action se porte électivement sur l'appareil musculaire de la défécation, releveur de l'anus et sphincters, et même sur le centre ano-spinal, qui les gouverne, ce qui produit cette atonie qui les empêche d'être aussi résistants qu'à l'état normal.

Et M. Duchaussoy fait remarquer qu'un examen attentif de l'anus permet de constater que les enfants atteints de chute du rectum qu'il a pu examiner avaient des sphincters dont la contractilité était si faible que trois ou quatre doigts introduits dans le rectum ne provoquaient aucune douleur.

Sur ce dernier point, Broca lui donne raison : « Ce que
» j'admets, dit-il, pleinement avec Duchaussoy et malgré
» les critiques dont l'opinion a été l'objet, c'est le rôle du
» relâchement sphinctérien ; je vais même plus loin et
» j'incrimine la faiblesse de tout l'individu. Un enfant
» atteint de prolapsus rectal est toujours, autant que le
» mot puisse être exact dans notre science, un rachitique à
» gros ventre, à fibres molles, à parois élastiques flasques;
» c'est d'ordinaire un produit du biberon et il est âgé de
» moins de cinq ans.

« C'est là je crois la notion étiologique à retenir. »

Pourquoi ne pas ajouter : c'est une victime d'une infection de nature particulière ; — le mot est au bout de sa plume et il ne l'écrit pas.

En outre, dans un autre mémoire adressé à l'Académie de Médecine, Duchaussoy revient sur cette idée et donne comme étiologie de l'affection qui nous occupe la paralysie du sphincter ; et il ajoute que cette manière de voir lui était venue en observant les résultats qui suivaient l'application du procédé de M. Guersant, dont nous parlerons à propos du traitement, (pointes de feu appliquées aux quatre points du pourtour de l'anus). Il avait remarqué qu'immédiatement après l'opération, le doigt introduit dans l'anus du malade, éprouvait, de la part du sphincter, une constriction dont il n'y avait pas de trace avant l'opération. De ce fait, il avait conclu que la chute du rectum est liée à une paralysie du sphincter et que si celle-ci cessait, c'est que la chaleur du cautère, excitant actif du système musculaire, pénétrait jusqu'au sphincter et lui rendait sa contractilité.

Comment ? Si ce n'est en faisant une désinfection des foyers septiques.

ÉTUDE DU SILLON

Depuis longtemps, tous ceux qui se sont occupés du prolapsus du rectum ont discuté, à perte de vue, sur la valeur et la signification du sillon.

Pour les uns, il a une très grande valeur, en ce sens qu'il indique certainement le prolapsus total ; pour d'autres, c'est l'invagination qu'il signifie.

Quant à Broca, il en donne une explication assez embrouillée. Nous la reproduisons en avouant que nous n'avons pas tout compris.

« Le prolapsus total présente, dit-il, deux variétés » qu'avec Cruveilhier, il convient d'appeler invagination à » trois cylindres et à deux cylindres. Supposez un tube » quelconque — dans l'espèce, l'intestin — sur lequel vous » ferez, *dans la continuité*, une invagination, c'est-à-dire » un pli qui descend dans le tube situé au-dessous de lui ; » il vous suffit, ici, de manier la manche de votre paletot » pour comprendre qu'une coupe transversale au niveau » de la plicature rencontrera trois fois la paroi en trois » cercles concentriques dans cette invagination à trois » cylindres. Et si des plis successifs s'emboîtent, comme » dans une lorgnette, ces invaginations seront à 5, 7 cylin- » dres, toujours en nombre impair. Prenez mainte- » nant la manche de votre habit, faites-y une invagina- » tion simple dans la continuité et tirez jusqu'à ce que le » pli invaginé vienne faire saillie hors du bout de la man- » che ; vous vous rendez compte que, dans la partie ainsi » prolabée, il n'y a que deux cylindres accolés, l'un des- » cendant, externe, continu avec l'extrémité inférieure de » la manche au niveau d'un *sillon* circulaire situé plus ou » moins haut ; l'autre interne, ascendant, continu avec » l'extrémité supérieure de la manche. C'est exactement ce » qui se passe dans le *prolapsus complet à trois cylindres*, » lorsque la partie supérieure du rectum se précipite, » pour ainsi dire, dans la partie inférieure et dépasse » l'anus — dont la sépare un sillon plus ou moins pro- » fond — par les deux cylindres du pli invaginé. Immé- » diatement, vous voyez donc une différence d'aspect entre » le prolapsus partiel et le prolapsus total à trois cylin- » dres ; dans le premier, il y a continuité directe entre la

» muqueuse procidente et la peau anale ; dans le second, » elles sont séparées l'une de l'autre par un sillon circu- » laire. Mais ce caractère disparaît dans la variété qui » nous reste à étudier, le prolapsus total à deux cylindres, » lequel peut être l'aboutissant des deux variétés précé- » dentes.

» Reprenez un tube quelconque, toujours la manche » de votre habit, et, au lieu de faire dans la continuité la » plicature invaginée, faites-la à l'extrémité inférieure ; » deux cylindres seulement, l'un descendant, l'autre as- » cendant, existent dans la tumeur prolabée. Appliquez » cela au rectum, et vous verrez tout de suite que, forcé- » ment, la muqueuse procidente sera en continuité directe » avec la peau de l'anus. »

Pour nous, c'est ce dernier paragraphe qui est décisif ; il nous semble qu'il n'était pas nécessaire de faire la longue description qui le précède pour expliquer ce qui se produit naturellement par suite de la laxité inflammatoire de l'anus et des sphincters ; il est évident que si ces derniers ne peuvent pas être assez forts pour retenir l'intestin dans ses bornes, ils se laisseront facilement distendre et le sillon s'effacera.

Nous préférons de beaucoup l'explication si nette et si précise de M. le professeur Tillaux.

« Une portion du rectum s'invagine en forme de doigt » de gant dans celle qui est située au-dessous et sort à » travers l'anus. La tumeur descend plus ou moins bas, » suivant la quantité d'intestin invaginé et peut atteindre » une longueur de 15 à 20 centimètres. Elle diffère de la » précédente par sa consistance, qui est plus ferme en » raison de la présence de la couche musculaire dont on » peut même apprécier les contractions sous les doigts ; » par sa forme, qui est cylindrique au lieu d'être arrondie ;

» par la présence *d'une rainure circulaire entre la tumeur* » *et le pourtour de l'anus. Ce dernier caractère est toute-* » *fois moins important* que les précédents, *parce qu'il* » *n'est pas constant.* La portion anale du rectum se laisse, il » est vrai, moins facilement retourner que la portion » située au-dessus, en raison de la résistance des sphinc- » ters, ce qui explique la production de la rainure ; mais » supposez que la région sphinctérienne soit elle-même » distendue et relâchée, elle cèdera, comme le reste, à la » poussée venue d'en haut et la rainure disparaîtra. »

INVAGINATION

Nous sommes enfin venu à cette grande question de l'invagination, sur laquelle il est nécessaire de s'entendre.

En effet, nous lisons dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales :* « chez les enfants, pour beau- » coup d'auteurs, cette tumeur est formée exclusivement » par la muqueuse rectale; chez l'adulte, elle doit être » formée de toutes les tuniques et l'on a admis alors une » véritable invagination.

» Sauviard, un des premiers, a distingué le prolapsus » de la muqueuse de l'invagination de toutes les tuni- » ques. Chaussier a consacré cette distinction et Nélaton, » dans son *Traité de pathologie,* n'a pas hésité à décrire, » dans deux chapitres séparés, la chute et l'invagination. » Cette distinction est assurément fondée et, dans un cer- » tain nombre de cas, le diagnostic est facile.

» Nous admettrons donc deux variétés de prolapsus :

» le prolapsus de la muqueuse et le prolapsus invaginé.
» Gross emploie les expressions de prolapsus partiel et
» de prolapsus total. »

Nous sommes absolument de l'avis de ce dernier auteur en reconnaissant que souvent le prolapsus total n'est pas invaginé et, à notre avis, il faudrait désormais distinguer les chutes du rectum en : prolapsus de la muqueuse, prolapsus complet (muqueuse et fibro-musculaire) et prolapsus invaginé. Nous allons nous expliquer.

Avant tout, il demeure, bien entendu, que nous n'avons en vue que le prolapsus de la dernière portion du gros intestin et que nous ne discutons pas la sortie par l'orifice anal d'une portion plus ou moins éloignée de cet intestin ; l'anse oméga ou, même comme on l'a vu quelquefois, la valvule iléo-cæcale.

Si l'on veut bien se rappeler ce que nous avons dit à la fin du chapitre *pathogénie*, on comprendra parfaitement que les deux tuniques muqueuse et fibro-musculaire peuvent se présenter à l'anus, sans que l'intestin se retourne tout à fait en doigt de gant.

Dans ce cas, le sillon sera absent, car les tuniques conservent leur ressort ; de plus, la partie prolabée ne sera jamais très considérable, elle aura une forme particulière, renflée en son milieu ; elle paraîtra comme étranglée.

Un peu plus tard, le tiraillement continuant, la tumeur ne s'allongera que si l'intestin se retourne en doigt de gant, comparaison dont on s'est servi bien souvent, car elle est juste.

A ce degré, mais à ce degré seulement, on pourra dire qu'il y a un prolapsus invaginé du rectum.

Nous croyons donc qu'il y aurait intérêt au point de vue du diagnostic à adopter la division suivante :

Prolapsus de la muqueuse seule : qui peut être partiel, c'est-à-dire ne se montrer qu'en un point du pourtour de l'anus, ou circonférentiel et atteignant même une certaine longueur ;

Prolapsus complet, comprenant la muqueuse et la musculaire, circonférentiel.

Prolapsus total ou invaginé, comprenant la muqueuse, la musculaire et, très rarement, la séreuse, mais seulement dans la partie antérieure.

INCLUSION DU PÉRITOINE

C'est maintenant qu'il nous faut discuter la présence du péritoine dans la volumineuse tumeur que l'on trouve parfois à l'anus.

Tout d'abord, il est nécessaire de nous aider de quelques notions anatomiques.

Le péritoine revêt la face antérieure et les faces latérales du rectum et vient s'attacher à la troisième vertèbre sacrée, à la terminaison du méso-colon ilio-pelvien.

De cette troisième vertèbre sacrée, le péritoine descend sur les faces latérales, puis, en bas, sur la face antérieure, s'en détache suivant une ligne courbe, en fer à cheval, à concavité dirigée en arrière et en haut et se réfléchit en avant sur la vessie chez l'homme, sur l'utérus chez la femme.

La portion terminale du rectum, disons, au moins ses deux tiers inférieurs, est donc extra-péritonéale. Le fond des culs-de-sac vésico ou vagino-rectal est situé à 7 centimètres au-dessus de l'anus. On comprend dès lors facilement qu'il faut que la tumeur que forme l'intestin

prolabé ait atteint un certain volume pour que la séreuse vienne s'insinuer entre les deux cylindres de l'invagination.

Mais possédons-nous un signe indiscutable de la présence du péritoine dans la tumeur? Malheureusement, non. Déjà Chassaignac, en proposant l'ablation de la tumeur à l'aide de son écraseur linéaire, avouait « qu'il n'existe aucun moyen de reconnaître sur le vivant » si le cul-de-sac péritonéal, qui est habituellement » abaissé dans le cas de prolapsus, est descendu au-» dessous du niveau de l'anus ».

Depuis ce chirurgien, aucun auteur ne s'est occupé de cette question; dans les ouvrages modernes elle est passée sous silence, sauf Tillaux, qui en fait une brève mention, sans la résoudre.

« Il est donc évident, dit-il, que la portion de rectum » entourée de péritoine ne peut s'invaginer dans la » partie située au-dessous, sans entraîner avec elle la » membrane séreuse, qui se trouve ainsi correspondre à » la partie antérieure de la tumeur ».

Heureusement que le fait est plus rare qu'on ne pourrait le penser, car s'il en était autrement et que, chaque fois que l'on avait à exciser une partie du prolapsus pour en opérer la cure radicale, on était exposé à ouvrir le péritoine, il faudrait renoncer à toute opération un peu sérieuse de ce côté et nous voyons, dans l'observation III, que le docteur Reboul a enlevé au bistouri toute la partie herniée, sans qu'il en soit résulté aucun désagrément, et cependant, la tumeur avait un développement de huit centimètres.

Une autre complication dont l'étude n'est pas déplacée à la fin de ce chapitre, c'est la présence de l'intestin grêle,

dont les anses ont même pu s'étrangler dans le cul-de-sac antérieur de l'invagination (Tillaux).

Tous les auteurs s'accordent à donner comme signe pathognomonique le gargouillement « qui se produit lorsqu'on malaxe la tumeur pour la réduire ».

Gosselin fait remarquer que, sous l'influence de la toux, la partie antérieure de la tumeur se gonfle momentanément.

Allingham donne comme signe accessoire que l'orifice placé au sommet de la tumeur est toujours tourné en arrière, vers le sacrum, lorsqu'il y a complication d'une hernie intestinale. Ce dernier signe a été accepté par beaucoup d'auteurs.

DIAGNOSTIC

Il nous semble qu'on ne peut confondre le prolapsus muqueux ou total avec aucune autre tumeur. Seulement, il faut s'attacher à bien déterminer à quelle variété de prolapsus appartient le bourrelet que l'on trouve à l'anus, au point de vue du traitement surtout.

Le prolapsus muqueux se présente le plus souvent sous la forme d'un tronc de cône à base anale ; il rappelle assez l'aspect du col de la matrice d'une nullipare. Avec le doigt index, introduit dans l'orifice et mis en opposition avec le pouce à l'extérieur, on peut faire glisser l'un sur l'autre les deux feuillets adossés de la muqueuse.

Dans le prolapsus complet total ou invaginé, les doigts placés comme nous l'avons dit ci-dessus perçoivent d'abord une plus grande épaisseur de tissu ; de plus, on sent très bien que ce que l'on a sous la main est plus résis-

tant et que l'on ne peut faire mouvoir aussi facilement les deux lames de tissu fibro-musculaire qui forment alors une tumeur relativement plus volumineuse, lorsqu'il y a deux cylindres d'intestin invaginés. La présence du sillon, lorsqu'il existe, est un bon élément de diagnostic, car on ne le rencontre jamais dans le prolapsus de la muqueuse seule .

Il est en outre, nécessaire de fixer exactement la hauteur de l'invagination, à cause de la présence possible du péritoine dans le cul-de-sac antérieur, pour ne pas s'exposer à une ouverture de la séreuse si l'on est forcé de réséquer une portion de la tumeur.

On essayera tout de suite d'opérer la réduction afin de constater si il n'y a pas menace d'étranglement.

Si l'on n'a pas d'autres renseignements à sa disposition, l'âge du prolapsus sera révélé par la couleur sombre, lie de vin, et même par l'aspect dermatoïde que prend la muqueuse quand elle a subi des frottements longtemps répétés sur les vêtements.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'affection qui nous occupe ne peut être très sombre. Si les parents sont soigneux ou que l'enfant se trouve dans un hôpital, le prolapsus n'aura jamais le temps de s'invétérer. On parle bien d'amaigrissement, d'anorexie comme conséquence du prolapsus du rectum chez les enfants qui ne sont pas soignés, mais il est rare, en somme, qu'on ait cité des cas de mort. Le plus souvent la maladie guérit d'elle-même quand les enfants entrent en âge.

Le seul cas grave qui puisse se présenter, c'est lorsque la tumeur s'étrangle, se sphacèle, et que l'intestin se perfore, comme nous en avons un exemple dans l'observation III.

Quelques auteurs ont considéré l'élimination spontanée par la gangrène de la muqueuse prolabée comme une terminaison heureuse et comme une guérison spontanée. Il est évident qu'il n'en saurait être de même si c'était un prolapsus invaginé. Nous pensons que, dans ce cas, une intervention chirurgicale, soit pour lever l'étranglement, soit pour régulariser l'effort de la nature, mettrait le malade à l'abri de toute infection plus profonde.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Il va sans dire que, tout d'abord, on doit s'attacher à prévenir l'infection, ce qui sera la meilleure prophylaxie. Dès qu'un enfant présentera des signes de constipation ou de diarrhée, il faudra faire une antisepsie soignée de l'anus et de la portion du rectum qui est très accessible. Dans le cas de diarrhée, l'administration d'un lavement d'acide borique après chaque défécation, ou mieux, comme le préconise notre Maître, M. le professeur Estor, un grand lavage de l'intestin fait, tous les matins, avec deux litres d'eau boriquée ou même d'eau stérilisée bouillie préviendra sûrement toute stagnation de toxine au niveau du point faible.

Pour pratiquer ce lavage, on se sert, dans notre service, d'un broc tenu à la hauteur de 50 centimètres au-dessus de la table d'opération ; la canule est introduite

dans l'anus et maintenue vigoureusement ; l'enfant est fortement assujetti, et, malgré ses cris et ses protestations, on ouvre le robinet et on ne s'arrête que quand le liquide est épuisé. Si on a lieu de penser, à l'aspect de la dernière portion d'eau qui sort de l'intestin, que le lavage n'est pas suffisant, on recommence. Il est certain que, quelle que soit la résistance qu'oppose le patient, le jet finit par en triompher et peut aller assez loin balayer le rectum. Ce régime, employé systématiquement, nous a toujours donné de bons résultats.

Dans le cas de constipation, on remplacera l'eau boriquée par la glycérine boriquée, dont on donnera de petits lavements répétés jusqu'à ce que l'on ait exonéré l'intestin pour 24 heures. On peut ajouter à cela un bon moyen, qui consiste à faire aller l'enfant à la selle dans le décubitus latéral.

Ces mesures prophylactiques ne devront pas empêcher que l'on ne mette en œuvre les moyens thérapeutiques que l'on possède contre la constipation ou la diarrhée.

TRAITEMENT MÉDICAL

Nombreux sont les moyens qui ont été proposés. Chaque auteur a eu des succès avec le sien. Nous n'en doutons pas ; il est évident que dans une affection qui, la plupart du temps, guérit toute seule, la moindre tentative de traitement réussit.

Nous allons les énumérer, afin de donner une vue d'ensemble de l'arsenal thérapeutique dont on dispose contre le prolapsus.

Les astringents. — Bains de siège froids, injections d'eau froide, morceaux de glace introduits dans le rectum (Chassaignac), infusions de roses de Provins, décoction d'écorce de grenadier.

Lotions faites avec la décoction de tan, avec de la décoction de noix de Galles, avec du vin rouge pur ou additionné d'infusion de roses de Provins.

Injection d'extrait de ratanhia (Trousseau).

Injection de solution de sulfate de fer, 5 centigr. pour 30 grammes d'eau (Dr Vincent).

Injection de solution d'alun.

Tous ces moyens ne sont employés qu'en application topique ; ils pourraient être nommés astringents externes. Nous arrivons maintenant à une autre classe d'agents qui sont donnés par la voie hypodermique ou stomacale et nous les désignerons nominativement.

Strychnine. — En 1836, le Dr Schwartz, dans le *Bulletin de thérapeutique*, recommande la noix vomique comme un spécifique dans le cas de prolapsus du rectum chez les enfants. Il l'administre à la dose de 10 centigrammes d'extrait pour 10 grammes d'eau, de 6 à 10 gouttes de 4 heures en 4 heures. Chez les enfants plus âgés, il va même jusqu'à 15 gouttes. Il conseille, de plus, de continuer l'usage de la solution pendant quelques jours après la guérison, en réduisant le nombre des doses.

M. Duchaussoy, interne dans le service de M. Guersant, a essayé la strychnine appliquée sur la peau dénudée dans le voisinage du pourtour de l'anus. Dans le mémoire qu'il adressa à l'Académie, il rattachait le prolapsus du rectum à une paralysie des sphincters.

MM. Dolbeau et Foucher ont injecté au pourtour de

l'anus, à l'aide de la seringue de Pravaz, 2 à 3 gouttes de solution de strychnine à 1/1000e.

Opium. — C'est Montini qui en recommande l'emploi. Il a obtenu des succès par ce moyen médical, quoique, *à priori,* on pourrait penser qu'en aggravant la constipation l'opium agit en sens contraire.

On a pensé à donner de l'ergot de seigle pour combattre l'atonie du sphincter anal et pour rendre à cet organe sa tonicité physiologique.

On l'emploie en injections hypodermiques, sous forme d'ergotine ou d'ergotinine, et on renouvelle les injections tous les deux ou trois jours.

Le sphincter recouvre sa contractilité et le prolapsus reste réduit.

Le traitement varie de quelques jours à quelques semaines.

Il nous paraît rationnel ; son seul inconvénient est la douleur causée par les injections (Manquat).

Electricité.— L'idée est venue de se servir de cet agent dans le traitement du prolapsus du rectum dès qu'on a pu l'employer d'une façon pratique.

Nous trouvons dans la thèse de M. Boutié la mention suivante :

« Nous trouvons dans le *Bulletin de thérapeutique* de » 1853 l'observation d'un malade placé dans le service » de Ph. Boyer et que M. Duchenne, de Boulogne, avait » lui-même électrisé. Ayant introduit un excitateur métal- » lique de forme olivaire dans l'anus, il ferma le courant » en plaçant un excitateur humide (l'éponge) sur le péri- » née. Les excitateurs posés, il fit passer un courant à » intermittences rapides de son appareil gradué à son

» maximum, pendant 8 à 10 minutes. A partir de ce » moment, la chute du rectum ne se reproduisit plus. » Pendant dix jours, ce même traitement fut continué et, » à cette époque, l'anus, auparavant relâché, serrait forte- » ment le doigt introduit dans le rectum. Dans la séance » de l'Académie de Médecine du 26 décembre 1856, » M. Duchaussoy lit l'observation suivante en faveur du » traitement par l'électricité. C'est une chute du rectum, » datant de 40 ans, survenue à la suite de diarrhée pro- » longée et longue d'environ 6 centimètres. M. Gosselin » le fait électriser et au bout de vingt jours le sphincter a » recouvré sa contractilité. Après six mois, la guérison » persiste encore. »

Dans *The Lancet*, 8 septembre 1894; le docteur R.-B. Mitchell, d'Edimbourg, insère la note suivante :

« Le traitement du prolapsus du rectum par l'électricité, » quoique n'étant pas mentionné dans aucun des ouvrages » de chirurgie que j'ai consultés, me paraît pourtant avoir » quelque valeur et le fait que j'ai eu occasion de l'em- » ployer avec succès récemment, dans trois cas invétérés, » m'engage à publier les courtes notes suivantes ».

Il relate ensuite 3 cas dans lesquels il a employé l'électricité sur des aliénés et des lypémaniaques ; dans l'un, le traitement a duré quatre mois ; dans l'autre, six mois, et dans le troisième, huit mois.

Il conclut que l'un des désavantages du traitement est la longueur de temps requise pour arriver à un résultat; que cette méthode ne peut s'appliquer qu'à des malades qu'il est difficile de maintenir en repos, les enfants ou les aliénés, qui ont l'habitude de défaire leurs pansements et chez lesquels, par conséquent, on doit éviter les opérations sanglantes.

D'autre part, M. Boutié conclut lui aussi que « son appli-

» cation sur le sphincter anal est très douloureuse et que » certains malades ne veulent pas recommencer après » une première séance qui n'aurait pas amené une guéri- » son complète ».

On a donc eu raison de laisser dans l'ombre un traitement si infidèle. Heureusement nous avons mieux.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Réduction. — Quand la tumeur n'est pas ancienne ou qu'elle n'est pas étranglée cette opération est assez facile, tous les moyens réussissent s'ils sont rationnels.

On emploie tantôt un cône de papier huilé mis sur le doigt introduit dans l'ouverture et qui en facilite le retrait, sitôt la réduction opérée.

M. Bouchut remplace le cône de papier par une compresse enduite de cérat.

Le moyen qui nous a le mieux réussi consiste à embrasser la base de la tumeur dans un anneau formé par le pouce et l'index de la main gauche et à presser sur l'orifice avec la pulpe du pouce de la main droite appliquée bien à plat. Il faut, préalablement, avoir rogné jusqu'au ras de la chair l'ongle du pouce qui doit s'appliquer au centre de la tumeur et, nous avons à peine besoin de l'ajouter, avoir bien aseptisé les deux mains.

Contention. — Pour empêcher le prolapsus de se reformer immédiatement, il est nécessaire, après l'avoir réduit, de le maintenir. Les uns, ont proposé des vessies introduites vides dans l'anus et gonflées après coup ; ce moyen

est le plus vieux que nous connaissions. Donc, le ballon de Gariel et le ballon de Petersen ont eu des devanciers.

Boyer employait un appareil à bretelles et à ceinture, soutenant une pelote qui s'appliquait sur l'anus.

Enfin, on peut se contenter d'une compresse à trois chefs dont l'un, au centre, se renverserait en arrière pour aller s'attacher à une ceinture, tandis que les deux chefs latéraux, après avoir passé au côté interne des cuisses, viendraient s'attacher au devant de l'abdomen à la partie antérieure de la ceinture.

DISCUSSION DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE SANGLANTE

Un prolapsus du rectum étant donné, doit-on intervenir, et quand doit-on intervenir ?

La plupart des auteurs qui se sont occupés de la question pensent qu'il n'y a pas lieu d'intervenir. Mais M. Felizet fait à cette règle absolue une première exception et n'est pas aussi affirmatif. Il se contente de dire : « que ce n'est qu'exceptionnellement que le prolapsus » nécessite une intervention » et il ajoute : « qu'il y a des » cas dans lesquels l'intestin en éversion s'est modifié à » la longue et semble avoir perdu droit de cité dans » l'abdomen ».

C'est aussi notre avis et, dans les deux observations que nous possédons, auxquelles il faut ajouter celle de M. le docteur Reboul, de Nimes, communiquée au Congrès de chirurgie, octobre 1897, que nous reproduisons à la suite, c'était la seule indication.

Donc, quand les moyens médicaux ont échoué, que dans l'intervalle des garde-robes, la tumeur ne reste pas réduite, qu'elle s'ulcère, qu'elle menace de s'étrangler, et, par suite, de se sphacéler, alors il faut avoir recours à des opérations plus graves.

Nous allons énumérer, par ordre d'importance, la cautérisation ignée, l'incision, l'excision, la ligature.

Cautérisation ignée. — Nous négligeons volontairement de mentionner la cautérisation à l'aide des acides minéraux : acide sulfurique, acide azotique, ou des caustiques chimiques, pâte de Vienne et pâte de Canquoin, car, depuis que nous avons le bonheur de posséder un instrument si pratique et qui agit avec tant de précision, le thermocautère de platine, nous avons le devoir d'abandonner ces autres moyens auxquels devaient avoir recours nos anciens, qui n'avaient à leur disposition que le cautère actuel qu'il fallait faire chauffer à nouveau chaque fois qu'on l'avait posé.

Du reste, avec les caustiques liquides, on ne peut borner assez son action et l'on risque de faire plus de mal que de bien.

Nous relaterons, au contraire, volontiers le mode de cautérisation ignée employé par M. Guersant, à l'hôpital des enfants et dont nos procédés actuels ne sont que des perfectionnements.

En 1845, M. Guersant a commencé à se servir de cette méthode, et, comme elle lui a donné de nombreuse succès, il l'a reproduite dans son livre : *Notices sur la chirurgie des enfants,* paru en 1867, et voici comment il le décrit.

« Nous employons, dit-il, ce moyen, toujours en chlo-
» roformant nos malades. Nous portons une pointe de
» feu avec un petit cautère de dentiste à l'endroit corres-

» pondant au coccyx, puis, vers le côté opposé en avant, » enfin deux autres à droite et à gauche. Nous employons » avec avantage les pointes rougies par l'appareil galva- » nique. Ce mode de cautérisation nous a suffi, en pre- » nant le soin d'enfoncer un peu l'instrument, de manière » qu'il puisse arriver sur le sphincter de l'anus, afin de » rendre à ce muscle sa puissance de contraction dont il » est privé. »

Depuis l'invention du thermocautère en platine, les méthodes de cautérisation se sont perfectionnées en s'inspirant de celle-là, et l'on a pu appliquer des raies de feu.

Le procédé qui a donné le plus de succès à notre Maître, M. le professeur Estor, et qu'il nous conseille d'employer dans les cas de procidence de la muqueuse rectale, est celui qui consiste à faire, avec un cautère rougi au rouge vif, sur chaque face de la tumeur, une raie longitudinale allant depuis le rebord cutané jusqu'au sommet du bourrelet formé par la muqueuse.

La raie de feu doit être assez profonde pour détruire le tissu muqueux dans toute son épaisseur et amener une escarre dont la cicatrice se fera aux dépens du tissu sous-muqueux. La cicatrisation des plaies, après la chute des escarres, donne des brides de tissu cicatriciel qui rétrécissent d'autant la muqueuse.

Incision. — On avait imaginé ce moyen pour obtenir le même résultat que dans la cautérisation en raies longitudinales; mais comme il n'offre aucun avantage sur le précédent et que, par contre, il ouvre une porte à l'infection érysipélateuse, ce qui est à considérer, même en faisant la plus rigoureuse antisepsie, on l'a abandonné avec juste raison.

Excision. — Il n'en est pas de même de cette opération à laquelle on peut recourir dans quelques cas. Nous voyons dans l'observation I qu'elle a donné un succès à M. le professeur Estor.

Le manuel opératoire est décrit daas cette observation avec la plus brève précision.

Excision des plis rayonnés.— Quoique Dupuytren, qui l'avait imaginée pour rétrécir l'orifice anal, en ait obtenu des succès et que, en 1847, Lisfranc en publiait un nouveau chez un homme de 40 ans affecté d'une chute du rectum depuis l'âge de 25 ans ; cette opération n'a pas tenu ce qu'elle promettait et n'est plus pratiquée de nos jours.

L'excision à l'aide de l'écraseur Chassaignac et la ligature en masse, ont été délaissés avec juste raison.

Nous arrivons maintenant à l'opération qui a été pratiquée par M. Robert en 1843.

Il nous a semblé que tous les procédés actuels, procédé de Duret entre autres, n'en sont que des modifications, c'est pourquoi nous reproduisons *in extenso* la description qu'il en a donnée dans son mémoire adressé à l'Académie royale de médecine :

Le 13 juillet, la malade étant placée comme « pour » l'opération de la fistule à l'anus, je pratiquai deux inci- » sions qui, partant de la demi-circonférence postérieure » de l'anus, vinrent se réunir en forme de V au-devant » de la pointe du coccyx ; je divisai successivement la » peau, la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée et le » sphincter ; j'enlevai, avec des ciseaux courbes, les- » parties molles comprises entre ces deux incisions. La » plaie parut d'abord large et profonde par la rétrac- » tion de ses bords ; quelques artérioles divisées cessè- » rent promptement de donner du sang ; je pus bientôt

» procéder à la réunion. Pour cela, je pratiquai trois points » de suture enchevillée, ayant grand soin d'embrasser » avec des aiguilles courbes toute la profondeur des tissus » divisés. Quoique douloureuse, cette opération fut bien » supportée ; la malade fut couchée sur le dos, les cuis- » ses rapprochées ; une sonde de gomme élastique fut » laissée à demeure dans la vessie. . . . . .

. . . . . .

» Les fils ne furent retirés que le sixième jour, alors » que la suppuration commençait à se manifester sur » leur trajet. . . . . .

. . . . . .

» Le 18e jour, il y eut une selle naturelle volontaire, » sans douleur et sans mauvais résultat pour la cicatrice.

. . . . . .

» Le trajet ne fut fermé qu'un mois plus tard,

» Le 24 août, 41e jour de l'opération, un lavement fut » gardé toute la journée ; c'est le premier que la malade » eût pris depuis très longtemps.

» A partir de cette époque..... la défécation était libre » et volontaire ; l'anus offrait des dimensions normales ; » mais, en y introduisant le doigt, on ne sentait pas que » le sphincter eut le degré de consistance qui le caracté- » rise dans l'état sain ».

Enfin, le chirurgien fut obligé d'appliquer des raies de feu sur les parties latérales de l'anus pour faire disparaître un petit bourrelet muqueux qui lui faisait craindre une récidive, mais ce moyen fut inefficace, et ce ne fut que sous l'influence d'un régime réconfortant que la guérison fut définitive.

Nous voyons dans les observations I et II que c'est le procédé qu'a employé M. le professeur Estor comme seul

moyen dans le cas de Henri M...., comme moyen accessoire dans celui de Raymond F....

Nous aurions à parler maintenant des opérations de Gérard Marchand, de Nélaton, de Jeannel, de Toulouse, rectopexie et colopexie; mais ce sont des méthodes qui n'ont été employées que pour des adultes et dans des cas désespérés; ils ne rentrent pas dans notre cadre.

CONCLUSIONS

De l'étude qui précède, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Que c'est, avant tout, l'infection qui est le grand facteur de la production du prolapsus chez les enfants, et, comme corollaire :

2° Que l'antisepsie soignée de la dernière portion du gros intestin, facile à réaliser chez les enfants, permettra de prévenir, presque à coup sûr, cet accident ;

3° Que cette affection, sans être d'une aussi grande fréquence qu'on l'avait d'abord pensé, n'est pas non plus exceptionnelle; mais, qu'avec les moyens prophylactiques dont nous disposons, on peut arriver à en faire une rareté dans les services hospitaliers consacrés aux enfants;

4° Que, souvent, la thérapeutique médicale suffit et que, s'il faut recourir à une intervention chirurgicale, le procédé de choix doit être celui qui produira la moindre perte de substance, sauf les cas exceptionnels.

Observation première

Service de M. le professeur Estor

Henri M..., âgé de 2 ans, enfant assisté, provenant du service de M. le professeur Baumel, entré dans le service de chirurgie le 14 mai 1897.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Ils ont abandonné l'enfant.

Antécédents personnels. — En janvier 1897, rougeole ; puis coqueluche. C'est dans le cours de cette dernière maladie qu'est survenue l'affection qui l'amène dans notre service.

Etat actuel le 19 mai. — Il existe, au niveau de l'anus, une tumeur cylindrique ayant environ 3 centimètres dans toutes ses dimensions. Elle offre une couleur rouge vif et, de la partie la plus saillante, on voit sortir quelques bulles de gaz et quelques parcelles de matière fécale. Il s'agit évidemment d'un prolapsus total du rectum, déterminé par les quintes de toux de la coqueluche. Ce prolapsus se réduit facilement.

Lorsqu'on introduit l'index de la main gauche dans le rectum et qu'on saisit la partie prolabée entre ce doigt et le pouce, on sent une épaisseur considérable indiquant que le prolapsus est total ; au pourtour de l'anus existe un sillon d'un centimètre et demi de profondeur.

Nous faisons quatre raies de feu longitudinales et nous réduisons le prolapsus après avoir recouvert la muqueuse d'une couche de vaseline au salol.

L'enfant prendra, ce soir et demain soir, 10 centigrammes de calomel.

4 juin. — La première cautérisation n'ayant donné aucun résultat, on en fait une seconde dans les mêmes conditions.

La seconde cautérisation n'ayant pas encore suffi, nous nous décidons à l'opération sanglante.

Opération le 28 juin 1897. — Anesthésie au chloroforme. Le bourrelet est saisi à la partie la plus inférieure à droite et à gauche avec une pince à forcipressure ; du côté gauche, on fait, avec les ciseaux droits, une section ayant toute la hauteur du bourrelet, puis avec les ciseaux on excise toute la partie herniée à sa base ; suture à la soie de la muqueuse à la peau ; pour que le résultat soit plus complet, on excise à la partie postérieure de l'anus une portion triangulaire de muqueuse et de peau qui est ensuite suturée. A plusieurs reprises, au cours de l'opération, le malade a rendu des matières fécales.

29 juin. — Température : hier soir, 38°1 ; ce matin, 38°.

Le prolapsus ne s'est pas reproduit.

9 juillet. — L'enfant est complètement guéri. Les fils de soie se sont éliminés spontanément.

Observation II

(Service de M. le professeur Estor.)

Raymond F..., âgé de 14 ans, entré à l'hôpital le 25 juillet 1898.

Cet enfant est idiot. On n'a pu obtenir de lui aucun renseignement.

Nous trouvons, au niveau de l'anus, une tumeur rouge violacé, ressemblant à un col utérin volumineux et congestionné. Cette tumeur a 15 cent. 1/2 de circonférence à sa base ; elle est séparée, à ce niveau, du pourtour de

l'anus par un sillon peu accentué en arrière, mais atteignant en avant au moins 1 centimètre de profondeur. La hauteur de la tumeur, qui est d'environ 4 centimètres, augmente quand l'enfant fait des efforts.

Au sommet, nous trouvons un orifice à direction antéro-postérieure, mesurant 2 cent 1/2 et par lequel s'écoulent des glaires. A la partie postérieure, on voit quelques plaques jaunâtres, adhérentes, qui ne sont pas constituées par des débris muco-membraneux, mais qui indiquent un début d'ulcération. Lorsqu'on introduit le doigt dans l'orifice et que l'on saisit la tumeur entre l'index placé à l'intérieur et le pouce situé à l'extérieur, on perçoit que les deux doigts sont séparés par une épaisseur de tissu égale à 2 centimètres environ.

Il s'agit donc d'un prolapsus rectal complet.

Opération le 27 juillet 1898.

Anesthésie à l'éther.— Excision d'un lambeau cutanéo-muqueux de forme triangulaire, à base anale, à sommet coccygien, empiétant d'un centimètre sur la muqueuse rectale. Suture à la soie.

1 août. — Premier pansement. L'enfant, qui avait été mis sous l'influence de l'opium, a pris une purgation à l'huile de ricin qui lui a donné ce matin une abondante évacuation. Les fils, qui ont commencé à sectionner la peau, sont tous enlevés. Le prolapsus ne s'est pas reproduit. La plaie bourgeonne profondément et se cicatrise.

11. — Après un verre d'eau de Sedlitz, abondante évacuation et grand lavement pour nettoyage de l'intestin. La plaie est presque complètement fermée et le prolapsus ne s'est pas reproduit. On continue l'opium et le régime liquide.

18. — Purgation et lavement. La plaie est complètement cicatrisée, sauf une raie médiane partant de l'extré-

mité postérieure de l'anus et remontant de quelques centimètres ; cette raie est en relief, bourgeonnante, large de 8 millimètres environ. On touche au nitrate d'argent. Désormais la diète lactée, qui a amaigri l'enfant, sera supprimée et remplacée par une alimentation large et réparatrice. Les points non complètement revêtus d'épiderme protecteur seront surveillés et le pansement renouvelé quotidiennement.

25. — La cicatrice était complète ; l'enfant, en se grattant violemment, a détruit l'épiderme de la portion juxta-rectale de la ligne cicatricielle. Le doigt, introduit dans le rectum, ne sent aucune trace de relief. Le prolapsus ne s'est plus reproduit depuis l'opération.

31. — La cicatrice est complète. Le prolapsus ne s'est pas reproduit. L'enfant sort complètement guéri.

Observation III

(M. le Dr Reboul, de Nimes)

Une petite fille de cinq ans m'est adressée à l'Hôtel-Dieu de Nimes, le 24 février 1897, par mon excellent confrère et ami le Dr Patron, de Salindres, pour un prolapsus grave du rectum avec gangrène et perforation de l'intestin hernié.

Le Dr Patron a bien voulu me communiquer ses notes sur cette enfant et m'en donner de fréquentes nouvelles depuis l'opération.

Andréa D..., de Salindres, âgée de cinq ans, est une petite fille frêle et délicate, sans passé pathologique notable dans la première enfance, sauf des troubles gastro-intestinaux.

A deux ans, cette enfant a eu une coqueluche qui a duré

environ deux mois. Les quintes de toux très violentes qu'avait cette enfant provoquaient un léger prolapsus rectal. Ce prolapsus devint progressivement plus prononcé. Tout d'abord, il se réduisait spontanément, mais dans la suite, il fut nécessaire de le réduire, ce qui se faisait d'ailleurs sans difficulté. Dès lors, presque à chaque selle, le prolapsus se produisait, plus ou moins prononcé.

Au commencement de janvier 1897, la mère malade, ayant de la peine à s'occuper de ses sept enfants, négligea le prolapsus qui s'était produit après une selle. L'enfant ne se plaignant pas, on laissa les choses en état, et ce n'est que vingt jours après, l'enfant dépérissant, souffrant et rendant par l'anus des matières glaireuses sanguinolentes, que les parents se décidèrent à appeler notre confrère.

Le Dr Patron constata un volumineux prolapsus du rectum, absolument irréductible, avec une plaque étendue de sphacèle à la partie antérieure de l'intestin hernié, et une perforation en arrière, par laquelle s'échappaient les matières fécales. Ne pouvant réduire ce rectum sphacélé et perforé, le Dr Patron conseilla aux parents de faire opérer leur enfant le plus tôt possible et de cesser l'alimentation vicieuse et prématurée pour recourir au régime lacté absolu.

On conduisit l'enfant à Alais, où un médecin proposa l'ablation du prolapsus à l'aide de l'écraseur linéaire, mais ajourna l'opération à cause de la faiblesse de l'enfant.

Le Dr Patron insista de nouveau auprès des parents pour une opération urgente et me l'adressa à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, où je vis la petite malade le 24 février, dans la soirée. Après mon examen, je décidai l'opération pour le lendemain matin.

L'enfant est d'une faiblesse extrême, pâle, exsangue,

les yeux encavés, le faciès tiré, le ventre ballonné, douloureux.

Le prolapsus rectal est complet ; le rectum prolabé, rouge, violacé, œdématié, constitue une tumeur cylindro-conique de 8 centimètres de longueur, régulièrement convexe en avant, fortement coudée en arrière. Sa surface est parsemée d'ulcérations saignantes. Sur sa partie antérieure, au niveau de la convexité, on voit une large plaque de sphacèle en partie perforée. En arrière, au niveau de la coudure, qui forme une fente profonde, se trouve une perforation transversale, large, par laquelle sortent continuellement les matières fécales formées de diarrhée verte, sanguinolente, avec glaires abondantes. A l'extrémité de la tumeur, on voit l'orifice anal, regardant en arrière et en haut et ne donnant plus passage aux matières. Le collet du prolapsus est fortement serré; il existe un sillon cutanéo-muqueux peu profond.

Opération le 25 février 1897, avec l'aide de mes internes, MM. Fosse et Lafon.— Chloroformisation légère.— Après lavage des parties et irrigations chaudes de la cavité intestinale par l'ancien anus, dans lequel j'avais introduit une sonde en caoutchouc, non sans quelque difficulté, je me propose de réséquer entièrement le prolapsus et de faire ensuite une recto-périnéorraphie.

Par une incision elliptique faite d'avant en arrière, je résèque au bistouri, d'abord la partie droite du prolapsus, puis la partie gauche. Au fur et à mesure que je sectionne, des pinces modérément serrées sont placées sur l'intestin. Le prolapsus entièrement détaché, je réunis rapidement à la soie, par un surjet à points entrecoupés (Doyen) et quelques points de suture séparés, les lèvres de l'intestin à l'anus cutané. Je pense alors faire une recto-périnéorraphie postérieure complète, mais la faiblesse de l'enfant

m'oblige à cesser l'anesthésie et je me borne à placer à travers les parties molles des points de suture profonds, sans avivement. Une aiguille montée d'un fil de soie moyen pénètre par le côté gauche du périnée postérieur, va saisir la paroi rectale que je protège avec un doigt rectal et ressort du côté opposé du périnée. Je place ainsi deux points de suture semblables en arrière, parallèles.

Dans le périnée antérieur, je fais une suture profonde semblable, très près de l'anus, mais sans fixer la paroi rectale antérieure. — Pansement à la gaze stérilisée, enduite de pommade à la belladone et au salol. — L'enfant se réveille facilement, mais est d'une faiblesse extrême.

26 février. — La diarrhée verte continue, je prescris de l'acide lactique et le lait comme nourriture exclusive.

28. — La diarrhée a un peu diminué ; l'enfant rend à deux ou trois reprises quantité d'ascarides lombricoïdes dont quelques-uns mesurent 20 à 25 centimètres.

3 mars. — L'état général de l'enfant s'améliore un peu.

10 mars. — Je retire les points de suture. Réunion complète de l'anus.

14 mars. — L'enfant retourne chez ses parents et est confiée aux soins du Dr Patron. Pas de prolapsus dans les efforts de toux ; le périnée résiste bien. L'enfant a repris ses forces, se colore ; il n'y a plus ni diarrhée, ni coliques; le régime lacté sera continué.

Le 1er août, le Dr Patron m'écrivait que l'enfant se portait à merveille, que ses fonctions intestinales étaient parfaites et qu'il n'y avait ni prolapsus ni hernie de la muqueuse rectale.

Le 4 octobre. — L'enfant continue à être bien ; elle jouit d'une santé excellente.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Dupuytren. — Cliniques chirurgicales.

Cruveilhier. — Anatomie pathologique. Livre XXV.

Schwartz. — Bulletin de thérap. 1836.

Gervais. — Observation de chute du rectum. Journal des connaissances méd. chirurg., 1839.

Robert. — Mémoire sur un nouveau moyen de remédier à la chute du rectum. — Mémoires de l'Acad. de méd., t. X, p. 88, 1843.

Frémy. — De la suture du périnée comme moyen de prévenir le prolapsus du rectum. Thèse de Paris, 1843.

Lisfranc. — Procidence de la muqueuse du rectum ; description du procédé opér. Gaz. des hôp., 1847.

Chassaignac. — Suppositoires de glace dans la chute du rectum. Gaz. des hôp., 1848.

Vincent. — Bulletin général de thérap., 1848.

Trousseau. — Emploi du ratanhia dans la chute du rectum. Bulletin de thérap., 1844.

Montini. — Bons effets de l'opium dans la chute du rectum. Bulletin de thérap., 1852.

Guersant. — Chute du rectum. Traitement par la strychnine. Gazette des hôp., 1863.

Duchaussoy. — De la cure immédiate et du traitement de la chute du rectum. Arch. génér. de méd., 1853.

— Nouveau moyen de combattre la chute du rectum chez les enf. Bulletin génér. de thérap., 1853

Pactet. — Chute du rectum. Thèse de Paris, 1857.

Loiselot. — De la chute du rectum. Thèse de Paris, 1858.

Brœxholm. — Traitement de la chute du rectum par l'acide nitrique concentré. Gazette hebdom., 1855.

Dolbeau et Foucher. — Bulletin de thérap., 1860.

Martin (E.). — De la chute du rectum. Thèse de Montpellier, 1870.

Boutié. — Le prolapsus du rectum. Thèse de Paris, 1873.

Nelaton. — Bulletins et Mémoires de la Société de chirurg. de Paris, 9 novembre 1896.

Felizet. — Même endroit (discussion).

Potherat. — Traité de chirurgie. Art. *Prolapsus du rectum.*

Broca, — Traité des mal. de l'enfant. Art. *Prolapsus.*

— Clinique de l'hôp. Trousseau. Du prolapsus du rectum chez les enfants. Bulletin médical, 1897.

Jeannel. — Prolapsus du rectum. Clinique de la faculté de Toulouse, 1896.

— Même clinique, 1896.

Reboul. — Communication au VI[e] Congrès de chirurgie, 1897. Prolapsus du rectum chez un enfant de 5 ans. Résection. Guérison.

Dechambe — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Art. *Rectum.*

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 8 juin 1899.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 7 juin 1899.
Le Doyen :
L. VIALLETON.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !